

LE VITTIME DIMENTICATE: ANZIANI ABUSI E MALTRATTAMENTI

di

Melania Scali

Nel nostro Paese la violenza contro le persone anziane è sottostimata e poco nota, a fronte, invece, della tendenziale crescita della popolazione di età avanzata, dovuta all'allungamento della vita media.

Si tratta di un fenomeno ancora poco indagato e che sembra destare minor interesse, sia scientifico che giudiziario, rispetto a quelli che riguardano altre tipologie di vittime. Eppure i dati¹ più recenti dovrebbero far riflettere: nel 2008 i reati ai danni di anziani² sono stati 240.946 (su un totale di reati denunciati pari a 2.709.441), mentre nel 2011 sono stati 279.475 (su un totale di 2.763.012 reati denunciati).

Quelli più diffusi sono l'omicidio colposo, le rapine e i furti, mentre calano in percentuale le truffe e le frodi informatiche. Il dato più allarmante è quello che riguarda gli omicidi colposi; infatti, l'incidenza percentuale con vittime d'età superiore ai 65 anni sul totale delle vittime è del 30,23% nel 2011, mentre nel 2008 era del 27%. In calo di un punto percentuale le denunce per truffa e frodi informatiche, passate dal 15% al 14% circa. Inoltre, negli ultimi quattro anni le vittime over 65 sono maggiormente di sesso maschile (56%). Per quanto riguarda la distribuzione delle denunce per regione nel 2011, il 16% è stato registrato in Liguria, il 14,87% in Friuli-Venezia Giulia, il 13,81% in Calabria, il 13,75% in Piemonte, il 13,68% in Toscana; all'ultimo posto la Campania con il 10.1%.

Si tratta di una fotografia assolutamente parziale e sfocata: il numero oscuro è molto alto in questi casi. Il fenomeno dell'abuso e maltrattamento della persona anziana sfugge alla possibilità di essere "visto". Anche a livello internazionale solo di recente il dibattito criminologico e psicologico-giuridico ha inteso porre l'attenzione su questo tema. Si pensi, per es., che nel 2011 l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Europa, 2011) ha evidenziato come ogni anno 2.500 anziani muoiono per mano dei propri familiari e, in sostanza, il 30% circa degli 8.500 omicidi di anziani over 65 che avvengono annualmente in Europa sarebbero da attribuire alle conseguenze dei maltrattamenti subiti; inoltre, 29 milioni (19,4%) di anziani sono vittime di abuso psicologico e 6 milioni (3,8%) di abuso finanziario.

Parte dei motivi per cui il fenomeno rimane ancora sommerso è dovuta certamente alla mancanza di strumenti di rilevazione unica o alla mancata condivisione di una soglia d'età da considerare come punto di riferimento per classificare un reato come rivolto ad una persona anziana; per es., alcuni contributi di ricerca individuano tale soglia a 60 anni di età, altri a 65. A livello internazionale si suole distinguere i cosiddetti "young old" (65-75 anni), gli "old old" (75-85 anni) e gli "oldest old" (oltre gli 85 anni) (Molinelli, et al., 2007).

¹ Dati indicati dalla Direzione Centrale della Polizia di Stato
² Over 65

Ci sono altri elementi che contribuiscono a mantenere il fenomeno “oscuro” sui quali è bene soffermarsi. Spesso, infatti, l’anziano vittima di abuso o maltrattamento non ha neanche la consapevolezza della condizione che vive; o ancora, quando ne percepisce la significatività, se ne vergogna. Inoltre, la maggior parte dei reati che subisce nasce in contesti di accudimento (domestici o presso strutture socio-sanitarie) in cui la relazione con l’abusante è caratterizzata da dipendenza; in certi casi, addirittura, denunciare metterebbe (come, purtroppo, è spesso accaduto) a rischio la sopravvivenza della vittima.

Se si considera poi la violenza, in senso lato, come mancanza di rispetto, abuso, negligenza, fino a includere l’aggressione fisica, allora il binomio “vecchiaia-violenza” sembra quasi inevitabile.

È, infatti, automatico pensare all’anziano come fragile, debole, vulnerabile per il solo fatto di essere tale. In realtà tale binomio non ha valore scientifico, essendo invece la “terza età” considerata, in ambito psicologico, una delle fasi di sviluppo dell’individuo che certamente comporta dei cambiamenti complessi, ma non necessariamente delle involuzioni.

La “terza età”: fase di sviluppo della vita

Lo sviluppo umano, in ogni sua fase, è il risultato dell’interazione circolare tra l’individuo con il bagaglio delle sue risorse, oltre le sue difficoltà e le sfide che l’ambiente gli propone (Walsh, 1995).

Anche l’età senile, quindi, va intesa come una fase che implica cambiamenti, trasformazioni, “compiti di sviluppo” certamente complessi, ma che non esitano necessariamente in un degrado della persona (Calabrese, 2010; Walsh, 1995). Quali sono i “compiti di sviluppo” con cui gli anziani si devono confrontare?

Innanzitutto, i progressivi cambiamenti fisiologici, quali per es. diminuzioni delle funzioni visive ed uditive, riduzione della mobilità, ecc. Generalmente, infatti, nell’anziano si assiste ad un graduale rallentamento sia psicosensoriale sia motorio, il quale si riverbera sull’elaborazione cognitiva e nella produzione di risposte rivolte all’ambiente; pertanto l’anziano si affida, per rispondere alla diminuzione di alcune funzioni psicofisiche, alle conoscenze ed esperienze apprese nella vita. Anche l’attenzione può risultare limitata in questa fase dello sviluppo; il che comporta un’influenza negativa sulle prestazioni cognitive quali la percezione, la memoria e le elaborazioni che richiedono tali capacità (Calabrese, 2010).

Inoltre, può riscontrarsi l’eventuale compromissione della salute con la comparsa di malattie croniche e, a volte, invalidanti. In alcuni casi, si può aggiungere anche un decadimento delle funzioni cognitive (es. demenza). A questo proposito, però, va ribadito che nell’anziano, i confini tra la psicologia e la psicopatologia sono spesso sfumati. E ciò anche perché, per es., la presenza di alcune comorbidità somatiche può rendere difficile talvolta la diagnosi differenziale; ma anche per la consapevolezza e il riconoscimento dell’anziano dei propri limiti, la sua attitudine e il suo pregiudizio rispetto alla dimensione psicologica e alla psicopatologia. Tra l’altro, la sintomatologia depressiva e

ansiosa nell'anziano, per es., presenta dei livelli di gravità diversa rispetto a quelli considerati clinicamente significativi per l'adulto e ciò rende necessaria una differente valutazione della soglia oltre la quale considerare una determinata persona bisognosa di una presa in carico. Un altro aspetto che va sottolineato è poi la correlazione tra età ed esordio della patologia: bisogna distinguere tra quelle insorte in tarda età e quelle che erano già presenti nella vita adulta e che si sono ripresentate/riacutizzate nella vecchiaia; in questo secondo caso, l'interesse verte anche sull'identificazione dei fattori che hanno portato al nuovo episodio patologico oppure all'effetto particolare che la patologia cronica e di lunga durata ha scatenato. Nel caso in cui il disturbo si presenti per la prima volta, invece, è opportuno cercare di identificare le sue specificità in termini di sintomi, di gravità e di conseguenze, al fine di utilizzare gli strumenti più idonei per la sua identificazione e per il trattamento (Cesa Bianchi, 1997; 2006; De Beni, 2009).

Ancora, l'anziano deve fronteggiare anche ristrutturazione di aspetti caratteriali e di conseguenza comportamentali. Oltre a ciò, anche l'affettività tende a modificarsi, sia qualitativamente che quantitativamente. Si riduce l'intensità soggettiva e si concentra su aspetti circoscritti: l'anziano è concentrato, in particolare, sul suo benessere fisico e psichico e sul suo status economico e sociale. L'anziano orienta i propri investimenti affettivi al proprio presente e al proprio corpo (Calabrese, 2010).

Questo tuttavia non significa che l'anziano perda interesse per i legami affettivi e le relazioni interpersonali; al contrario, è ancora capace di amare e desidera sentirsi amato, ricevere attenzioni e affetto; così come non rinuncia ad una vita sessuale che rimane una importante aspetto della propria vita affettiva.

La persona anziana, inoltre, sovente deve affrontare cambiamenti nei contatti sociali, per lo più connessi alla vedovanza, alla perdita di amici o familiari; il che implica non solo un'elaborazione del lutto ma anche un ulteriore isolamento e ritiro sociale. A ciò possono aggiungersi cambiamenti di tipo logistico, come per es., dover andare ad abitare presso un figlio o subire un'istituzionalizzazione presso strutture socio-sanitarie.

Un altro atteggiamento che si può manifestare è l'eccessiva dipendenza da qualcun altro, a cui l'anziano affida la risoluzione delle proprie difficoltà. Spesso, inoltre, il tentativo di allontanarsi dalla solitudine con una nuova convivenza o matrimonio deve scontrarsi con le opinioni dei figli e con stereotipi sociali che negano l'esistenza della sessualità dell'anziano.

Frequentemente, poi, gli anziani devono confrontarsi con problemi di salute e talvolta hanno più attenzione per le parti del corpo malate che per quelle sane e usano la malattia come elemento attorno al quale far ruotare le relazioni e le attività quotidiane.

Tali cambiamenti però, va evidenziato, possono rappresentare delle occasioni di ristrutturazione della propria vita in base alle caratteristiche soggettive, alle condizioni di vita del soggetto, alla sua personalità, alle risorse sociali, familiari ed economiche.

Queste considerazioni, consentono di introdurre due concetti non immediatamente sovrapponibili: l'“anzianità fisiologica” e la “senilità patologica”, intendendo in quest'ultimo caso il decadimento cognitivo, i deficit sensoriali e motori, l'affettività e la motivazione che si organizzano in un disturbo psicologico e, quindi, influenzano in senso peggiorativo la qualità della vita psichica del soggetto, fino ad arrivare a quadri clinici importanti come la demenza.

I confini della vecchiaia fisiologica e di quella patologica spesso sono sfumati, perché progressivi e a volte con aree di sovrapposizione (Calabrese, 2010; Cesa Bianchi, 1997; 2006; De Beni, 2009).

Fattori di rischio e forme dell'abuso

In linea generale, l'abuso verso gli anziani è un'azione singola o ripetuta o la mancanza di un'azione appropriata, che avviene all'interno di qualsiasi relazione dove c'è un'aspettativa di fiducia che causa danno o sofferenza ad una persona anziana (Codini et al., 2004; Dawson, 2011; Deriu, Sgritta, 2009). Può assumere le forme di aggressione fisica, comportamento minaccioso, incuria e abbandono o violenza sessuale; si può trattare sia di atti diretti sia di omissioni che determinano un danno o una minaccia per la salute o per il benessere dell'anziano (Codini et al., 2004; Dawson, 2011; Deriu, Sgritta, 2009).

Il maltrattamento fisico implica l'uso della forza fisica che può esitare in lesioni corporali, dolore fisico o indebolimento (incluse le punizioni fisiche di qualunque tipo).

Va considerato abuso fisico anche la somministrazione eccessiva di farmaci, così come di psicofarmaci quali tranquillanti o sedativi non in linea con l'eventuale patologia dell'anziano, e somministrati proprio per controllare il suo comportamento e la sua emotività. Ancora, è abuso fisico ogni forma di restrizione che impedisce il libero movimento della persona anziana.

Tra le forme di aggressioni fisiche vi è anche, poi, quella sessuale; cioè qualunque contatto sessuale non consensuale con la persona anziana. Questa tipologia di abuso vede la donna anziana come vittima prevalente; il fenomeno è più frequente di quanto si pensi (Donati, 2010).

Forme di abuso sono anche tutte quelle azioni negligenti, quali il rifiuto o incapacità ad adempiere gli obblighi, i doveri, le necessità della persona anziana come trascurare la sua persona, mancare di alimentarla o di provvedere alle sue necessità igieniche, ecc.

L'anziano, inoltre, è particolarmente vittima di abusi psicologici che in genere sono protratti nel tempo e sono difficilmente diagnosticabili perché non lasciano “segni” come in tutti i casi di minacce di abbandono, umiliazioni, vessazioni, ansia indotta, indifferenza, ecc.

Un'altra forma di violenza, particolarmente “nascosta”, ma molto grave, è il “*self-neglect*”: l'autolesionismo che l'anziano pratica su se stesso, senza che gli sia impedito da chi l'assiste. Si tratta di una forma di omissione di cure che potrebbe rientrare nei casi di violenza psicologica o di abbandono: circostanze che si verificano al chiuso delle abitazioni o delle strutture di cura e che sfuggono alle statistiche giudiziarie (Deriu, Sgritta, 2009).

Particolarmente diffusa è la “violenza economica” a danno degli anziani. Essi, infatti, sono spesso vittime di truffe e raggiri di tipo economico e finanziario a cura, spesso, di persone sconosciute che riescono a conquistarne la fiducia; ma anche da persone ritenute affidabili e sicure, più specificamente legata all'anziano da legami di parentela o di cura: frequentemente, in questi casi, sono derubati dei loro beni o espropriati dei loro patrimoni, proprio approfittando della loro condizione di dipendenza fisica e affettiva.

L'abuso verso l'anziano può essere innescato da diversi fattori. Si può trattare, infatti, di aspetti contingenti o di fattori di rischio specifici legati al responsabile dell'abuso e/o alla vittima o alle dinamiche della loro relazione.

Tra i fattori di rischio, quelli che si riferiscono all'autore dell'abuso sono stati individuati nel sovraccarico di responsabilità assistenziale, nell'uso di alcol o stupefacenti o nei veri e propri disturbi mentali.

I fattori relazionali più significativi sono lo stress che può superare soglie tollerabili per il *caregivers*, ma anche la differente distribuzione di potere tipica della relazione di accudimento della persona anziana. Inoltre, nei casi di violenza intra-familiare, spesso la mancanza di *privacy* che implica la convivenza di un nucleo allargato aumenta il livello di conflitto all'interno delle relazioni domestiche e, quindi, potenzialmente, di comportamenti violenti.

Altro aspetto specifico di queste forme di abuso è la dipendenza, ma in un'ottica relazionale: entrambi vivono - pur con connotazioni diverse - il bisogno dell'altro, seppur, in certi casi, in forme perverse, devianti e potenzialmente violente.

Tra i fattori di rischio sociali, il più rilevante è certamente l'isolamento che può essere visto sia come una causa sia come una conseguenza dell'abuso. Abitualmente, infatti, le condizioni psicofisiche dell'anziano, ma anche la perdita di amici, riducono le occasioni di socializzazione; e se, da una parte, questo potrebbe rappresentare un elemento di protezione rispetto ai reati commessi da persone sconosciute, dall'altra, vero è che, nei casi in cui l'abuso è perpetrato all'interno di relazioni significative, l'isolamento aumenta il rischio dello stesso e che questo rimanga impunito.

Questi diversi livelli di fattori individuali, relazionali, sociali vanno considerati non secondo una logica sommativa ma secondo un modello circolare e sequenziale (Scali, 2006): non solo si influenzano reciprocamente, ma il significato di tale influenza varia al variare dei contesti e delle fasi di vita del soggetto. Per es., l'isolamento aumenta il senso di pesantezza della relazione di accudimento che può essere compromessa dall'eventuale gravità delle condizioni dell'anziano; il tutto implica un significato specifico a seconda dei diversi contesti e delle diverse fasi di vita, a maggior ragione se ciò avviene in un certo ambiente ed in una fase di vita particolarmente critica del soggetto.

Un altro aspetto che qualifica l'abuso e il maltrattamento all'anziano è la sua difficoltà a denunciare l'accaduto. Quali sono i fattori psicologici per cui egli difficilmente segnala quanto sta subendo?

Innanzitutto, in certi casi, come accennato, vi può essere una vera e propria mancanza di consapevolezza di subire un abuso: sia per un eventuale degrado cognitivo sia per mancata conoscenza dei propri diritti.

In secondo luogo, vi possono essere dei soggetti che ritengono il maltrattamento subito uno dei prezzi da pagare per la propria condizione di anziano: un perverso senso di gratitudine nei confronti di chi, comunque, si sta prendendo cura di lui.

In altri casi, l'anziano potrebbe ritenere che far emergere quanto sta subendo possa mettere a repentaglio la propria sopravvivenza (per es. nei casi di reati consumati presso strutture in cui egli è ricoverato).

Ancora, può intralciare tale denuncia una forma di attribuzione a sé della colpa per quanto accaduto.

Inoltre, può emergere un profondo senso di vergogna: per dover accettare di non essere stati in grado di tutelarsi o per dover ammettere che le persone vicine a sé (per es. nei casi di abusi intra-familiari) sono inadeguate e, a volte, "mostruose".

Esistono degli indicatori per cui possiamo ipotizzare che un anziano sia vittima di una qualche forma di abuso, di maltrattamento, di un vero e proprio reato?

La letteratura specialistica (Who, 2002; Who Europa, 2011) ne ha individuati alcuni, che si sintetizzano nello schema seguente, riferiti sia all'anziano sia all'abusante, considerati però come dei "campanelli d'allarme", non come dei segni certi dell'abuso.

Indicatori relativi all'anziano				Indicatori relativi all'abusante
<i>Fisici</i>	<i>Comportamentali ed emotivi</i>	<i>Sessuali</i>	<i>Economici</i>	<i>Manca dicitura</i>
Lamentare di essere aggrediti fisicamente Cadute inspiegabili e ingiurie Bruciature e lividi o in parti del corpo inusuali o insolite per tipologia Tagli Eccessiva	Cambiamenti nelle abitudini alimentari Alterazioni del ritmo sonno veglia Disturbi del sonno Paura, confusione o avere un'area rassegnata Passività, ritiri, tratti depressivi Tratti d'ansia Affermazioni contraddittorie o altre ambivalenze	Lamentare di essere vittima di atti sessuali Frequenti lamentele di dolori nella regione genitale Comportamenti sessuali fuori dalle precedenti relazioni o personalità Cambiamenti nei comportamenti come	Prelievi di soldi non abituali Prelievi di soldi che non sono in linea con le sue risorse Cambiamenti nell'intestatorio/beneficiari o di titoli, di proprietà, di beni di varia natura Le proprietà/i beni vengono occultati	Il caregiver appare stressato o cronicamente teso Il caregiver appare eccessivamente impegnato o viceversa eccessivamente disimpegnato Il caregiver biasima l'anziano per alcuni comportamenti come per es., l'essere incontinente Il caregiver si comporta

assunzione (o troppo poche medicine rispetto alle condizioni dell'anziano) di farmaci Malnutrizione o disidratazione senza che ciò sia legato ad una specifica malattia Condizioni generali di scarsa igiene o apparire poco curato Cercare l'attenzione medica attraverso diversi medici o strutture sanitarie	Riluttanza a parlare apertamente Evitare il contatto oculare, fisico o verbale con il caregiver Isolamento sociale	aggressioni, ritiro o automutilazioni. Frequenti lamentele circa dolori addominali o inspiegabili emorragie vaginali o anali Infezioni o altre affezioni delle regioni genitali Lacerazioni, macchie e Tracce di sangue nella biancheria	L'anziano non trova più gioielli o altri beni Movimenti sospetti sulla carta di credito Mancanza di attrattive quando l'anziano se le potrebbe permettere Problemi medici o di salute mentale non trattati Il livello di cura non è commisurato con il reddito o le risorse dell'anziano	aggressivamente Il caregiver tratta l'anziano come un bambino o in maniera de umanizzata Il caregiver ha una storia di abuso di sostanze stupefacenti o alcol Il caregiver non permetta che l'anziano parli con nessuno Il caregiver risponde difensivamente o in maniera evasiva o ostile quando gli vengono rivolte domande sull'anziano Il caregiver si prende cura dell'anziano da molto tempo
--	--	---	--	---

Il fenomeno della violenza agli anziani non va sottovalutato anche per le conseguenze che implica per la loro salute psicofisica, che possono essere molto serie. Esse, infatti, peggiorano la qualità della vita dell'anziano fino a condurre, in alcuni casi, anche alla sua morte.

Dal punto di vista della salute fisica spesso le persone anziane vedono allungati i tempi della loro guarigione; e il loro quadro clinico può implicare un deterioramento sia delle loro condizioni cognitive sia emotive, fino ad arrivare a una vera e propria organizzazione psicopatologica.

In particolare, si è accertato che l'anziano vittima di abusi nell'ambito di relazioni significative (familiari o di cura) vede aumentati il senso di colpa, vergogna, ansia, ritiro, depressione, e tutta la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress.

Alcuni nodi critici di ordine psicologico-forense in ambito penale

Sostanzialmente l'anziano partecipa al processo penale come vittima e/o testimone di reato.

Infatti, spesso, la tipicità dei reati che subisce - soprattutto quelli intra-familiari o presso strutture di accoglienza/ricovero sociosanitarie - vedono come unici testimoni dei fatti proprio l'anziano e l'abusante.

Ciò implica che in diversi casi, dal momento che gli abusanti generalmente negano l'accaduto e che non sempre vi è un riscontro obiettivo del reato denunciato, l'anziano assuma un ruolo importante per l'accertamento del reato. Questo comporta alcune considerazioni, innanzitutto, in tema di metodologia della raccolta delle informazioni a fini giudiziari.

Si tratta, infatti, per le questioni che si sono già evidenziate, di soggetti potenzialmente vulnerabili da un punto di vista cognitivo e primariamente mnestico o relazionale rispetto al rapporto con l'abusante.

Appare quindi importante effettuare una raccolta delle informazioni giudiziarie secondo procedure metodologiche e strumenti specificatamente codificati a tal fine: sia per minimizzare la possibilità che l'impatto con il sistema giudiziario possa ulteriormente vittimizzare l'anziano, sia per tutelare la qualità delle informazioni che può fornire sui fatti.

La letteratura specialistica (APCC, 2002; Canter e Alison, 2002; Home Office, 2011; IFVCC, 2011; Markarian, 2006) suggerisce, a tal fine, di seguire alcuni accorgimenti procedurali e contestuali quali:

- ✓ *provvedere alla raccolta delle informazioni giudiziarie in un contesto, se possibile, familiare per l'anziano (come per es. la sua abitazione) o comunque in un luogo che non generi ulteriore stress;*
- ✓ *evitare che durante il suo "ascolto" vi siano distrazioni, visto il calo di attenzione in età senile;*
- ✓ *mettere l'anziano a proprio agio, non solo curando la sua "accoglienza" ma anche assicurandolo che "l'intervista" non comporta una valutazione delle sue prestazioni;*
- ✓ *minimizzare il numero delle persone presenti: se possibile ascoltarlo da solo;*
- ✓ *essere pazienti e rassicuranti;*
- ✓ *molte persone anziane possono aver bisogno di riordinare i ricordi, le idee, i pensieri e quindi possono aver bisogno di pause;*
- ✓ *dargli la possibilità di dire "non capisco", "non ricordo";*
- ✓ *parlare lentamente e in maniera chiara;*
- ✓ *usare frasi brevi e semplici;*
- ✓ *non interromperlo;*
- ✓ *evitare di formulare più domande nello stesso periodo;*
- ✓ *evitare non solo le domande suggestive ma anche quelle a scelta multipla e "a coda" (De Leo, Scali, Caso, 2005).*

Queste e altre cautele consentono l'emersione e il resoconto dei ricordi sui fatti oggetto del procedimento in maniera che le distorsioni della memoria siano contenute al minimo, ma permettono anche all'anziano di sentirsi ascoltato, e accolto e trattato, quindi, dignitosamente e giustamente.

Durante tali "ascolti" giudiziari è consigliabile provvedere ad una struttura generale dell'intervista secondo quattro fasi principali:

- ✓ **Creare rapporto:** fase in cui attraverso l'accoglienza, la spiegazione del contesto e dei ruoli e la trattazione di argomenti neutri si persegue l'obiettivo di promuovere quel minimo sufficiente di rapporto che possa consentire un clima positivo;
- ✓ **Facilitare una narrazione libera:** invitare l'anziano a raccontare l'accaduto a modo suo, usando le espressioni e la tempistica che è per lui più consona. Si favorisce tale narrazione se si seguono le indicazioni di cui sopra quali, per es., non interromperlo, rispettare i suoi tempi, usare il suo linguaggio, ecc.
- ✓ **Narrazione guidata:** sulla base di quanto narrato nella fase precedente, si procede a domande aperte per chiarire/approfondire il "dove", "quando", "come", "chi", "quante volte", ecc.
- ✓ **Chiusura:** consentire all'anziano di chiudere l'ascolto giudiziario rispettando i suoi tempi e le sue necessità; ringraziarlo comunque per le informazioni che ha fornito.

Oltre a ciò, vanno utilizzati specifici protocolli di "intervista investigativa" specificamente validate quali l'Intervista Cognitiva per Adulti e l'Intervista Strutturata (Cavedon, Calzolari, De Leo, Scali, Caso, 2005). Questi protocolli consentono di raccogliere informazioni giudiziarie ottemperando sia all'obiettivo di tutelare la vittima anziana nell'impatto con il sistema della giustizia affinché ciò le procuri il minor livello di stress possibile, sia a quello di far emergere dati sul reato con minor suggestioni possibili e, quindi, che possano essere utilizzati in sede giudiziaria. È bene che l'attività di raccolta delle informazioni giudiziarie nelle diverse fasi processuali sia videoregistrata.

Inoltre, chi scrive ritiene che sarebbe auspicabile estendere la possibilità di assumere la testimonianza della persona anziana, quando particolarmente significativa per il procedimento penale, con le forme dell'incidente probatorio. Tra l'altro, queste consentirebbero di poter provvedere, come previsto per le vittime minorenni (art. 398, c. 5bis, c.p.p.), a che l'assunzione avvenga con i tempi, modi e luoghi più opportuni per la specificità della persona anziana vittima-testimone di reato, e con l'ausilio di un esperto.

A questo proposito occorre provvedere in tempi brevi a che il processo penale ponga al proprio interno soluzioni efficaci quando deve "ascoltare" vittime di reato, in particolare quando ritenute "vulnerabili" come gli anziani, considerate le recenti "Norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato" (Direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 25 ottobre 2012), cui gli Stati Membri dell'Unione Europea, inclusa dunque l'Italia, dovranno fare riferimento.

Un altro aspetto critico nell'ambito del processo penale che vede come vittime persone anziane è la loro valutazione; ciò è legato sostanzialmente a due circostanze. La prima è il caso in cui si debba valutare la loro capacità a deporre; la seconda è il caso della valutazione della loro "vulnerabilità" in quanto parte costitutiva del reato contestato all'indagato/imputato, come per es. nei casi di "circonvenzione di persone incapaci" (art. 643, c.p.), "abbandono di persone minori o incapaci" (art. 591, c.p.), "maltrattamenti contro familiari e conviventi" (art. 572, c.p.), "abuso dei mezzi di correzione o di disciplina" (art. 571, c.p.).

In entrambi i casi bisogna procedere ad una valutazione delle condizioni psichiche dell'anziano rigorosa e attraverso strumenti scientificamente fondanti.

Una rigorosa valutazione della persona in età senile non può essere limitata all'analisi del solo disturbo psicopatologico, ma deve essere integrata in una più ampia indagine che tenga conto di tutti gli aspetti (fattori biopsicosociali) che determinano lo stato di salute del soggetto.

In quest'ottica, quindi, vanno presi in considerazione strumenti standardizzati cosiddetti a tre dimensioni, che permettono, cioè, di misurare tutte e tre le dimensioni: fisica, mentale e sociale.

Dal punto di vista delle procedure innanzitutto è utile considerare più fonti di informazioni:

- ✓ *documentali: analizzare eventuali referti medici, cartelle cliniche, altri documenti che consentono di raccogliere informazioni sulla condizione psicofisica dell'anziano, sia passata che attuale;*
- ✓ *altri professionisti: per es., convocare il medico di base o altri professionisti che possano fornire dati utili per inquadrare la storia clinica del soggetto;*
- ✓ *familiari o altre persone significative (non implicate nel reato per cui si sta procedendo): va raccolta un'approfondita anamnesi familiare ed individuale dell'anziano.*

Tale attività va corredata con l'osservazione diretta e il colloquio clinico con l'anziano, cui si devono somministrare strumenti specifici che permettano di valutare il suo stato psichico attuale, come si diceva, su tre dimensioni.

In generale, l'attività clinica è finalizzata ad esplorare la cosiddetta capacità decisionale dell'anziano che comporta la valutazione di almeno quattro aree:

- ✓ *l'espressione, cioè la capacità di esprimere/manifestare le proprie scelte;*
- ✓ *la comprensione, vale a dire la capacità di comprendere le informazioni rilevanti per scegliere;*
- ✓ *la valutazione, che identifica la consapevolezza dei significati delle scelte;*
- ✓ *il ragionamento, che implica l'abilità di valutare razionalmente la scelta.*

Tra gli strumenti standardizzati, oltre a quelli più tradizionali di personalità, vanno impiegati ausili psicodiagnostici che permettano una valutazione specialistica: in questo campo la letteratura è ampia. Qui si cita solo, per es., il BAC (De Beni, Borella, 2007) che permette di valutare sia gli aspetti cognitivi che emotivi dell'età adulta avanzata; oppure, per la valutazione dell'eventuale presenza di Alzheimer, il MODA (Brazzelli, Capitani, Della Sala, Spinnler e Zuffi, 1994) o l'ADAS (Rosen, Mohs, Davis, 1996). Tali strumenti chiaramente non vanno somministrati indistintamente, ma scelti a seconda delle specifiche caratteristiche dell'anziano e delle sue eventuali aree disfunzionali.

Inoltre, la valutazione del funzionamento complessivo del soggetto deve tener conto della complessità che tale attività implica: infatti, essa deve essere tesa a differenziare gli aspetti fisiologici o piuttosto quelli patologici, cioè distinguere l'“anzianità fisiologica” da quella “patologica”, di cui si è detto più sopra.

Ci si potrebbe trovare di fronte una persona anziana sufficientemente integra nel suo funzionamento generale, e non in grado di riferire i fatti di rilevanza penale, per es., per i motivi psicologici che la legano all'abusante, come evidenziato nelle pagine precedenti; così come potremmo, invece, trovarci di fronte a un anziano che presenta un quadro clinico complessivamente critico o con delle aree psichiche che presentano dei problemi, ma essere, comunque, in grado di riferire l'accaduto.

Pertanto, appare ulteriormente opportuno procedere alla valutazione psicologico-giuridica delle sue condizioni psichiche in maniera approfondita e scientificamente fondata.

Non si può ottenere realmente giustizia se le vittime tutte, ma in particolare quelle considerate “vulnerabili” come gli anziani, non riescono a spiegare adeguatamente le circostanze del reato e a fornire prove in modo comprensibile alle autorità competenti.

Conclusioni

La redazione di questo articolo è stata, innanzitutto, un'occasione per riflettere sul fatto che l'abuso e il maltrattamento sugli anziani è essenzialmente un problema culturale, prima ancora che psicologico-giuridico. Manca un'adeguata cultura di questa fase dello sviluppo, considerata nell'immaginario collettivo legata al deterioramento, all'involutione della persona o, viceversa, idealizzata attraverso la figura del vecchio “saggio” ed esperto della vita.

Una cultura moderna sulla “terza età” che sappia, quindi, favorire una partecipazione attiva dell'anziano. Per es., consentire la costituzione di una sorta di “*peer education*” di e per persone anziane e sui temi della prevenzione dell'abuso; ma anche per promuovere “gruppi di mutuo aiuto” che possano consentire un confronto diretto di esperienze, sollecitando un reale processo di *empowerment*. In altri termini, favorire interventi psicosociali che vedano protagonista gli anziani, attori della propria tutela, della propria salute e benessere e dei propri diritti.

Certamente, poi, la violenza su una persona anziana, in qualunque sua forma, rappresenta ancora un grande tabù da una parte, ma anche un fenomeno sommerso, dall'altra. I dati disponibili sono parziali e, spesso, definiti secondo variabili troppo eterogenee, a seconda delle diverse “agenzie” di ricerca e/o degli strumenti utilizzati per la sua rilevazione.

Manca ancora a livello nazionale ed internazionale una definizione soddisfacente circa cosa bisogna intendersi per “abuso verso gli anziani”.

Così come una questione aperta rimane se occorra o meno prevedere delle tipologie di reato specifiche quando ad esserne vittima sia una persona anziana. A questo proposito, chi scrive ritiene che tale evenienza possa comportare alcuni rischi di “etichettatura” e di costruzione di una nuova categoria sociale che non renderebbe invece conto delle più recenti acquisizioni in tema di Psicologia dell’Invecchiamento, di cui si è accennato.

Inoltre, sarebbero necessarie ulteriori ricerche per individuare più articolati indicatori dell’abuso agli anziani per migliorare gli interventi valutati anche in ambito psicologico-giuridico.

Mancano, infatti, in questo settore della Psicologia Giuridica, linee guida e buone prassi rispetto alle modalità di raccolta delle informazioni di rilevanza penale, a partire dalla denuncia fino all’assunzione della testimonianza, nonché una metodologia della perizia in questi casi.

Bibliografia

Adult Protection Coordinating Council, *“Training Manual for The Investigation of Abuse, Neglect and Exploitation of the Elderly and Other Vulnerable Adults in South Carolina”*, vol.1, November 2002.

Barbagallo M. et al., *“Violenza contro le persone anziane”*, in *Giornale di Gerontologia*, Pacini Editore, 53, pp. 112 – 119, Pisa 2005.

Baroni M. R., Getrevi A., *“La valutazione psicologica dell’anziano”*, Carocci, Roma 2005.

Brazzelli M., Capitani E., Della Sala S., Spinnler H., Zuffi M. , *“MODA Milan Overall Dementia Assessment”*, Giunti O.S., Firenze 1994.

Calabrese M. E., *“Senilità e cambiamento. Così invecchiando la vita si sviluppa e si trasforma”*, in *Assistenza anziani*, n. Marzo e Aprile, KDM International Srl, pp. 39-44, Bologna 2010.

Canter D., Alison L., *“Interviewing and Deception”*, ASHGATE, England 2002.

Cesa Bianchi M., *“Psicologia dell’invecchiamento. Caratteristiche e problemi”*, Carocci, Roma 1987.

Codini G., et al. (a cura di), *“Anziani, donne e bambine vittime del crimine”*, Nuovo Vivere oggi, Milano 2004.

Cristini C., Cesa Bianchi M., *“L’anziano e la sua psicologia”*, Gam, Milano 2006.

Dawson L., *“Elder Abuse: Forms, Causes and Possible legal remedies”*, Presentation for BISC-Michigan 2022 Annual Conference, 13-15 april, 2011.

De Beni R., *“Psicologia dell’invecchiamento”*, Il Mulino, Bologna 2009.

De Beni R., Borrella E., *“BAC Benessere e Abilità Cognitive nell’età adulta e avanzata”*, Giunti O.S., Firenze 2007.

Donati E. (a cura di), *“La violenza contro le donne anziane: conoscere e sensibilizzare per prevenire. Un progetto contro la violenza a tutte le età”*, Quaderno Auser Lombardia 2010.

Deriu F., Sgritta G. B., *“La violenza occulta. Violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane”*, Edizioni Lavoro, Roma 2009.

Eisen M. L., Quas J. A., Goodman G. S., *“Memory and Suggestibility in the Forensic Interview”*, LEA, Mahwah, New Jersey 2002.

Fracasso M. et al. (a cura di), *“Vittime del crimine. Diritti ed esperienze di supporto in Europa”*, Milano 2007.

Gudjonsson G. H., *“The Psychology of Interrogations and Confessions”*, Wiley, London 2003.

Home Office, *“Achieving Best Evidence in criminal Proceeding Guidance On Interviewing Victims and Witnesses and Guidance on Using Special Measures”*, HMSO, London 2011.

Illionois Family Violence Coordinating Councils, *“Protocol For Law Enforcement Responding To Victims Of elder Abuse, Neglect and Exploitation”*, Illinois Department on Aging, 2011.

Krug E. G., Dahlberg L.L., Mercy J. A., Zwi A. B., Lozano R., *“World report on violence and health”*, World Health Organization, Ginevra 2002.

Markarian A. M., *“Effective Investigation and Prosecution of Domestic Elder Abuse Cases”*, relazione presentata alla 18th Annual Naspsa Conference, 6-8 settembre, Atlanta, Georgia 2006.

Melchiorre M. G., Lamura G. (a cura di), *“Abuso e salute tra gli anziani in Europa”*, Ancona 2007.

Molinelli A., Odeti P., Viale L., Landolfi M. C., Flick C., De Stefano F., *“Aspetti medico-legali del “maltrattamento” dell’anziano”*, in Gerontol, 55, pp. 170-180, 2007.

Pasqualini R., Mussi C., *“Come riconoscere e prevenire l’abuso agli anziani”*, in Giornale di Gerontologia, 49, Pacini Editore, pp. 42-56, Pisa 2001.

Rosen W. G., Mohs R. C., Davis K. L., *“ADAS Alzheimer’s Disease Assessment scale”*, Giunti O.S., Firenze 1996.

Savona E., Caneppele S., *“Violenze e maltrattamenti in famiglia”*, Transcrime, Trento 2006.

Scali M., *“Le violenze psicologiche in famiglia”*, in Savona E., Caneppele S., *“Violenze e maltrattamenti in famiglia”*, Transcrime, Trento 2006a.

Scali M., *“L'evoluzione degli studi sul comportamento criminale”*, in De Leo G., Patrizi P. (a cura di), *“Lo psicologo criminologo”*, 2^a edizione, Giuffrè, Milano 2006b.

Walsh F., *“Ciclo vitale e dinamiche familiari”*, Franco Angeli, Milano 1995.

WHO, *“World Report on Violence and Health”*, WHO, Ginevra 2002.

WHO Europa, *“European report on preventing elder maltreatment”*, WHO, Ginevra 2011.